

Південноукраїнський медичний науковий журнал

Баранник С. І.
*доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Баранник А. С.
*лікар-уролог
КЗ «Криворізька багатoproфільна міська лікарня № 2» ДОР*

Терент'єва Г. А.
*лікар-терапевт
поліклініки ВМС УСБУ у Дніпропетровській області*

Гречко Л. В.
*лікар-педіатр
поліклініки ВМС УСБУ у Дніпропетровській області*

ПРОБЛЕМИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ СЕЧОВОГО ДІАТЕЗУ

Анотація: Стаття присвячена актуальним питанням діагностики, лікування і профілактики сечового діатезу. В основі лікування і профілактики сечового діатезу є раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів з поліпшення спроможності нирок очищати кров та виводити із сечею різні солі. Проведені клінічні дослідження показали позитивні результати використання фітотерапії у комплексному лікуванні сечового діатезу, яка призводить не тільки до якісного лікувального ефекту, але й може використовуватися в якості профілактики рецидивів захворювання.

Анотация: Статья посвящена актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики мочевого диатеза. В основе лечения и профилактики мочевого диатеза находится рациональный и адекватный выбор лечебных мероприятий по улучшению способности почек очищать кровь и выводить с мочой различные соли. Проведенные клинические исследования показали положительные результаты применения фитотерапии в комплексном лечении мочевого диатеза, которая оказывает не только хороший лечебный эффект, но и может применяться в качестве профилактики рецидивов заболевания.

Summary: The work is devoted actual to questions of diagnostics, treatment and preventive maintenance of an uric diathesis. At the heart of treatment and preventive maintenance of an uric diathesis there is a rational and adequate choice of medical actions for improvement of ability of kidneys to clear blood and to deduce with urine various salts. The conducted clinical researches have shown positive results of application of herbal medicine in complex treatment of an uric diathesis which renders not only good medical effect, but also can be applied as preventive maintenance of relapses of disease.

Актуальність. Лікування сечового діатезу є певною проблемою, бо патогенетичні аспекти цієї патології мають складний комплекс змін у нирках, які в основному належать до різноманітних видів ензимопатій [1, с. 4]. Весь оточуючий нас матеріальний світ складається із упорядкованих і хаотично розташованих молекул різних елементів. Перші представлені кристалічними речовинами, яких у природі більшість, другі – аморфними. Мінералізація в живій природі досить широко розповсюджена. Вона несе чи фізіологічне функціональне навантаження, чи може бути ознакою патологічного процесу в організмі. Вихід із сечею солевих кристалів звичайна річ. Нирки, які виконують функцію очищення організму, виводять і надлишкові солі, що потрапляють в організм із їжею. Характер їх безпосередньо залежить від тих продуктів, які ми вживаємо. Людина і навколишнє середовище – єдина екосистема. І найменші зміни в процесі обміну між ними відразу, чи з часом обов'язково призведуть до порушення збалансованості. Утворення мінерально-органічних структур внаслідок порушення гомеостазу між колоїдами і кристалоутворюючими субстанціями не сприяє функціональній стійкості організму і призводить до патологічних проявів. Одним із яких є сечокам'яна хвороба [2, с. 238]. Проте, значне виведення одноманітних солей іноді виставляється лікарями за діагноз: сечовий діатез, правомочність останнього на сьогодні не доведена

через неспроможність відповідати певним нозологічним одиницям. Насамперед, діатез перекладається як «схильність» до будь якого патологічного стану, що може перейти до захворювання [3, с. 14]. Сечовий діатез відбиває стан нирок, суглобів та інших внутрішніх органів.

Сечовий діатез часто розглядають як синонім нервово-артритичного діатезу, який є одним із варіантів аномалії конституції. При цьому, «конституція» характеризує сукупність морфологічних і функціональних властивостей організму дитини, які визначають індивідуальні особливості його реактивності. Діатез, чи інакше аномалія конституції, характеризує особливості того чи іншого виду обміну, які за певних умов мають реалізуватися в патологію [4, с. 68; 5, с. 72].

На сьогодні вважають, що сольовий діатез – це стан організму, обумовлений спадковою схильністю, для якої характерне підвищене утворення солей і як наслідок, накопичення у ниркових мисках конкрементів (каменів) різноманітних за розміром та походженням: оксалати кальцію, урати, карбонати, фосфати, а також їх поєднання. Це також стан, при якому у мисках нирок під час ультразвукового дослідження визначають так звані ехопозитивні включення. Присутність так званого сечового піску може супроводжуватися запаленням сечового тракту, виходом підвищеної кількості солей із сечею, присутністю дизурії. Сольовий діатез може бути

діагностований навіть у немовлят, як спадкове захворювання. Але на практиці такі випадки трапляються достатньо рідко, в більшості сольовий діатез заявляє про себе у достатньо зрілому віці. При цьому не слід зауважити, що у більшості людей ознаки сольового діатезу за допомогою УЗД можна визначити починаючи із 20 років.

На сьогодні є можливість за допомогою УЗД визначати ознаки сольового діатезу до його виражених клінічних проявів. Проте не слід забувати, що сольовий діатез стосується не лише патології нирок. Причини утворення визначаємих за допомогою УЗД включень у мисках нирок різноманітні. Сольовий діатез – це наслідок низки порушень в організмі. Тому, ці пацієнти повинні бути ретельно обстежені аби з'ясувати причини надмірного виходу солей із сечею.

Слід зауважити, що ехопозитивні включення, які визначають під час УЗД в паренхімі нирок не завжди є вогнищевим накопиченням солі у нирковій мисці. Це може значно ускладнювати діагностичний процес, особливо у осіб зрілого і похилого віку. Ехопозитивні тіні у них виникають не тільки, як наслідок будь-яких патологічних змін обміну речовин але і як наслідок морфологічних змін в паренхімі, виникають внаслідок вікових або патологічних змін судин паренхіми (атеросклероз) або у самій паренхімі під дією пошкоджуючих чинників (нефросклероз, накопичення солей у сполучній тканині тощо).

Для диференційної діагностики накопичень солі у нирковій мисці та іншими ехопозитивними включеннями у паренхімі ми використовуємо наступний спосіб. При первинному визначенні під час УЗД ехопозитивних тіней без будь-яких клінічних ознак сольового діатезу призначаємо літотітну терапію з використанням фітопрепаратів або офіційних фітозборів (фітосаїв) з літотітичною дією та збільшуємо вживання води (якщо для цього у пацієнта немає протипоказань) протягом 3-х місяців. Після цього проводимо контрольне УЗД із співставленням отриманих даних із попередніми. За умов сольового діатезу кількість і розміри ехопозитивних включень повинні стати відмінними від попередніх значень. Спосіб застосований у 48 пацієнтів. Наявність сольового діатезу була підтверджена у 15 осіб.

Через те, що діатез не є захворюванням, а лише визначає певні особливості метаболічних процесів, то і лікувальні заходи насамперед стосуються комплексу заходів щодо профілактики та попередження розвитку можливої патології.

Лікування сольового діатезу, насамперед, залежить від розміру накопичень і характеристики солей, які виходять із організму. Консервативний або медикаментозний метод лікування полягає у прийомі сечогінних засобів, аби припинити накопичення піску у нирках. Друга група ліків стимулює розщеплення піску. Лікування також доповнюється протизапальними препаратами через те, що пісок, який виходить сечовими шляхами, може спричинити їх травмування і призвести до запалення.

Якщо причину діатезу є генетична тубулопатія, або набутий дефект роботи ниркових каналців, то ці порушення корекції не підлягають. Тому, при сольовому діатезі дієта і водний режим мають первинне значення. Кожний пацієнт, у якого визначені зміни в аналізі сечі та ехопозитивні включення в ниркових мисках, повинен потурбуватися про те, щоб щоденно вживати як мінімум 2-2,5 літри рідини (якщо для цього немає протипоказань з боку серцево-судинної системи). В умовах спекотного клімату ця кількість повинна бути збільшена виходячи із актуальних потреб організму.

Подальші рекомендації залежать від типу солей, які визначені у сечі і примусили клініциста встановити діагноз сольовий діатез. Дієта при присутності значної кількості оксалатів потребує елімінації із раціону продуктів, багатих на щавлеву кислоту (ревіль, інжир, шавель, томати, шпінат), а збільшення рівня уратів передбачає зменшення вживання м'яса, субпродуктів, а також бобів, шоколаду, кави і какао.

Слід враховувати, що деяка кількість органічних солей через гепатобіліарну систему виділяється у просвіт кишківника, після чого знову всмоктується в кров. Аби розірвати це коло, при лікуванні сольового діатезу призначають ентеросорбенти, які абсорбують токсичні компоненти і виводять їх із організму.

Незважаючи на бурхливий розвиток хімії, винахід нових лікувальних препаратів, лікувальні трави посідають важливе місце в лікуванні захворювань нирок, сечокам'яної хвороби та сечових діатезів в особистості. Лікувальні якості рослин обумовлені присутністю в них різноманітних за складом і структурою хімічних речовин (алкалоїдів, глікозидів, вітамінів, ферментів, дубильних речовин, ефірних олій, мікроелементів тощо), які позитивно впливають на організм.

В якості фітотерапії ми використовуємо збір лікувальних рослин, до складу якого входили: трава душиці – 10г, звіробою -10г, споришу – 30г, м'яти – 10г, чабрецю – 10г, пустирнику – 10г, листя ожини – 20г, суниці – 20г, смородини – 20г, мати-й-мачухи – 10г, малини – 20г, квіти ромашки – 10г, плоди шипшини – 40г, плоди гльоду – 10г. Лікувальний збір було використано при лікуванні 98 хворих на сечовий діатез. Збір використовували у вигляді звареного і настояного протягом 10-15 хвилин чаю. Пацієнти приймали його вранці після сніданку та вдень після обіду по 200 мл. Динамічне спостереження за пацієнтами показало збільшення добового діурезу на $14 \pm 2,3\%$ ($P < 0,02$), зменшення больового фактору, інтенсивності макрогематурії, відзначали збільшення виходу сечового піску за кожним сечопуском. Під час комплексного вивчення біохімічних показників крові було відзначено відносне зменшення вмісту азотистих шлаків (сечовини, азота сечовини, креатиніну) на $8 \pm 1,8\%$ ($P < 0,05$), відзначено зменшення на $6 \pm 1,4\%$ ($P < 0,02$) таких показників як загальний білірубін, холестерин, білки крові, що пов'язано із механічним розведенням за рахунок вживання більшої кількості рідини.

В той же час не відзначено зниження концентрації основних електролітів крові, що важливо відносно збереження електролітного балансу. Поліпшилися також показники проби Реберга-Трєєва, що свідчило про поліпшення секреторної функції нирок.

Для лікування різних форм сечового діатезу використовували також готові офіційні форми лікувальних препаратів на основі лікувальних трав вітчизняного та імпорного виробництва.

Висновки. Першим напрямком лікування сольового діатезу є корекція раціону харчування, використання індивідуальної дієти відповідно до складу солей, що виходять із сечею. Це і самий простий, але одночасно і самий складний шлях у

раціональному лікуванні сольового діатезу: цілеспрямовані дії повинні бути постійними і регулярними.

Другий напрямок лікування сольового діатезу раціональний і адекватний вибір лікувальних заходів для покращення спроможності нирок очищати кров, проводити очищення організму, виводити із сечею різноманітні солі.

До схеми лікування сольового діатезу також необхідно залучати фітотерапію (призначати фітопрепарати, які мають м'яку сечогінну дію) та диуретики, проте, і збори лікарських трав, і лікарські заходи з диуретичним ефектом повинен призначати лікар.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Баранник С.И. Место фитотерапии в комплексном лечении мочевого диатеза в амбулаторных условиях / С.И. Баранник, Г.И. Титов, С.С. Брюшков, Г.А. Терентьева // У кн.: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції "Динаміка наукових досліджень 2004". Т. 57. Медицина. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2004. – С. 4-6.
2. Баранник С.И. Проблемы диагностики, лечения и профилактики сечового диатеза / С.И. Баранник, О.А. Плягуша, О.М. Кот // У кн.: «Актуальні питання сучасної урології, онкоурології, сексопатології та андрології». Збірник наукових праць міжрегіональної науково-практичної конференції / Під ред. проф. Є.А. Литвинця. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2014. – 248 с. – С. 238-240.
3. Ривкин А.М. Мочекислый диатез – всегда ли это проявление нарушенного пуринового обмена? / А.М. Ривкин // Здоровье мужчины. – 2011. – №3. – С. 14-16.
4. Сергеев Ю.С. Конституция человека, конституциональные типы, аномалии конституции и диатезы у детей / Ю.С. Сергеев // Педиатрия. – 2005. – №5 – С. 67-71.
5. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема // Педиатрия. – 2005. – № 5 – С. 72-76.